

Artículos originales

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud. Cuba, 2001

[Dra. Rosa M. García Pérez,¹ Dr. René G. García Roche,² Lic. Dianelys Pérez Jiménez³ y Dr. Mariano Bonet Gorbea⁴](#)

Resumen

El estilo de vida físicamente activo, mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, siendo el sedentarismo uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población. La calidad de vida relativa a salud explora la percepción que tiene el individuo de su salud y del impacto de las intervenciones sanitarias, ello motivó la descripción de la calidad de vida relativa a salud de sedentarios y no sedentarios en Cuba. Se calcularon números absolutos, porcentajes e intervalos de confianza. Ser sedentario disminuye significativamente la calidad de vida relativa a salud óptima. Dentro de los hombres con calidad de vida relativa a salud óptima, los no sedentarios están en mayor proporción que los sedentarios, en las mujeres el comportamiento es diferente lo que puede deberse a otros factores que no se controlaron. Al aumentar la edad, disminuye significativamente la proporción de personas con calidad de vida relativa a salud óptima para no sedentarios y sedentarios. Los no sedentarios por su actividad adicional presentaron mayor porcentaje de calidad de vida relativa a salud óptima que los no sedentarios por su actividad principal.

Palabras clave: Calidad de vida, salud, actividad física, sedentarismo, encuestas de salud.

Introducción

La inactividad física es un factor de riesgo de primer orden, hay suficiente evidencia científica para considerarla así, ya que facilita la aparición de enfermedades cardíacas, algunos tipos de cáncer, diabetes tipo II, infarto de miocardio y ciertos desórdenes musculoesqueléticos. Un estilo de vida físicamente activo, mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, por tanto el sedentarismo es uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general. La contrapartida del sedentarismo es la actividad física.¹ Las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo o una buena forma física tienen menores tasas de mortalidad que sus homónimos sedentarios y una mayor longevidad. Las personas que en cualquier momento de su vida abandonan su hábito sedentario para pasar a otro más activo físicamente, o aumentan su forma física, reducen sus tasas de mortalidad significativamente.^{2,3}

La investigación epidemiológica ha demostrado efectos protectores de diversa consistencia entre la actividad física y el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas.⁴

El centro de control y prevención de enfermedades y el colegio de medicina deportiva tienen bien claro el importante rol de la actividad física de intensidad moderada para el mantenimiento de una buena salud. La evidencia epidemiológica indica que treinta minutos al día de actividad física moderada reporta sustancial beneficio a la salud.⁵ El criterio empleado en este estudio para evaluar el sedentarismo de la población fue la combinación de dos recomendaciones, la del Comité de Expertos FAO/OMS de 1985 y las del Colegio Americano del Deporte de 1993.^{6,7} Un individuo que durante ocho horas de trabajo al día realiza una actividad de intensidad moderada o mayor, no necesita de una actividad física adicional para ser considerado no sedentario, de hecho la intensidad de su actividad principal lo clasifica como no sedentario. La actividad física adicional se convierte en un componente esencial de discriminación cuando el individuo realiza una actividad principal catalogada de sedentaria (intensidad ligera). Por eso, en los países desarrollados en que las personas mayoritariamente realizan actividades de intensidad ligera, con solo evaluar la actividad física adicional se obtiene una aproximación bastante real de los niveles de sedentarismo de la población.⁷ Otra es la situación que ocurre en los países en vías desarrollo, como es el caso de Cuba, en los que aún una gran parte de la población realiza actividades laborales de gran intensidad.

Por otra parte, la calidad de vida ha sido definida y estudiada desde la perspectiva de múltiples disciplinas, siendo un concepto multidimensional, que abarca los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades del diario vivir de las personas. En el campo de la salud se usa cada día con mayor frecuencia el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y resulta de gran interés para los profesionales sanitarios, porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales, explorando la percepción que tiene el paciente de su salud y del impacto de las intervenciones sanitarias, por medio del empleo de instrumentos sencillos, sin requerimientos muy exigentes para su aplicación.^{8,9} Los instrumentos que miden CVRS se clasifican según distintos ejes, uno de los cuales es la cantidad de aspectos que el instrumento evalúa. En este caso se dividen en: instrumentos genéricos, que incluyen indicadores sencillos, perfiles de salud y medidas de utilidad e instrumentos específicos. El EuroQol-5D es un instrumento genérico.^{9,10}

En Cuba, el estudio de la prevalencia del sedentarismo, así como el comportamiento de las diferentes variables relacionadas como parte de la primera y la segunda encuesta nacional de factores de riesgo, contribuyó a un mayor conocimiento de este factor de riesgo con vistas a encaminar políticas preventivas para el establecimiento de estilos de vida más sanos. Todo lo anterior, motivó la realización de este trabajo con el objetivo de describir la CVRS de las personas que son sedentarias y no sedentarias según los datos tomados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles de Cuba en el año 2001.

Métodos

Entre el año 2000 y 2001, se realizó la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles y actividades preventivas en las personas de 15 años y más, de toda el área urbana del país, siendo sus resultados representativos a nivel de provincia y del país. Se hizo con diseño un muestral complejo, a partir del diseño muestral general elaborado por la ONE en el año 1995 para el sistema de encuestas de hogares y actualizado en 1999. El muestreo fue estratificado y por conglomerados

polietápicos, los estratos conformados por las catorce provincias del país conjuntamente con el Municipio Especial Isla de la Juventud y los conglomerados por las áreas geográficas muestrales (AGEM), manzanas y secciones.

La muestra fue tomada de forma equiprobable para la provincia, de manera de compensar en las estimaciones las posibles distorsiones que desde el punto de vista de la representatividad tuviera la muestra con respecto a la población, fue necesario utilizar un factor de ponderación consistente en el inverso de las probabilidades de selección de los individuos y que tomaba en consideración la edad y el sexo de los mismos.

Finalmente, fueron encuestadas 22 851, 10 777 masculinos y 12 074 femeninos de 15 años y más, residentes en el área urbana del país. Se aplicó una encuesta en hogares a cada individuo de la muestra por encuestadores profesionales previamente entrenados. Se evaluó calidad de vida relativa a salud a través del EuroQol-5D, que exploró cinco dimensiones de salud con diferentes niveles de respuestas según la gravedad para cada dimensión y la evaluación del estado de salud en “ peor estado de salud imaginable” y “ mejor estado de salud imaginable” , con un puntaje de 0 a 100 respectivamente.

Para la clasificación de sedentarismo se empleó la combinación de dos criterios, el recomendado por el Comité de Expertos FAO/OMS de 1985 con las recomendaciones del Colegio Americano del Deporte de 1993:

- **Actividad principal.** La desarrollada durante la jornada laboral (estatal o por cuenta propia) u otra actividad realizada de forma habitual (quehaceres del hogar, estudiantes, etc.).
- **Actividad física adicional.** La realizada fuera de la jornada laboral.

Dentro de la actividad física adicional se consideró el uso de la bicicleta, las caminatas, el trote, la carrera, y otras actividades físicas (ejercicios aeróbicos, práctica de deporte, trabajo en un jardín o agricultura casera, entre otros).

Considerándose sedentario al que realizaba una actividad principal de intensidad ligera y una actividad física adicional no útil. En cualquier otro caso se clasificó al sujeto como no sedentario. Se utilizó este criterio de clasificación por ser el más completo para determinar la prevalencia de sedentarismo, ya que tiene en cuenta en un mismo individuo tanto la actividad principal desarrollada durante el día como cualquier otra actividad física adicional (bicicleta, caminata, práctica de deporte, etc.), que de hecho por sí sola pudiera clasificar al individuo como no sedentario, de realizarla de forma útil.

Para darle salida a los objetivos propuestos, se calcularon medidas de resumen para datos cualitativos: números absolutos y porcentajes. Las inferencias a la población se hicieron mediante los intervalos de confianza. Las variables explicativas analizadas fueron el sexo, la edad en años cumplidos, sedentarismo y la relación con la CVRS. Las estimaciones se hicieron con una confiabilidad del 95 %. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

Resultados

La prevalencia nacional de sedentarismo para la población urbana de 15 años y más fue de 36,5 % en el año 2001, mientras que en el anterior período (1995) fue de 33 %. La provincia con más alta prevalencia de sedentarios es Las Tunas con 48,2 % y Villa Clara con la más baja 30,1 % (figura 1).

Fig. 1. Prevalencia de sedentarismo por provincias en la población urbana de 15 años y más. Cuba, 2001.

La condición de sedentario disminuye significativamente el porcentaje de individuos con CVRS óptima, de 65,7 % en los no sedentarios a 59,2 % en los sedentarios. Lo contrario ocurre con la CVRS no óptima (tabla).

El comportamiento del sedentarismo según el sexo fue mayor en mujeres que en hombres: en el 2001 fue de 45,1 % (IC: 43,7-46,3) y 27,5 % (IC: 26,4-28,5) resultados significativamente diferentes. La provincia que más hombres y mujeres sedentarios aportó en el 2001 fue Las Tunas con 43,7 % y 52,6 % respectivamente. Los hombres no sedentarios tienen CVRS óptima mayor (62,2 %) que los hombres sedentarios (42,0 %) Para el sexo femenino el comportamiento fue diferente (tabla).

Con relación a la edad, el sedentarismo aumenta a medida que avanza la edad, lo que disminuye significativamente la proporción de personas con CVRS óptima, desde 33,8 % hasta 10,2 % en los no sedentarios y de 33,4 % hasta 13,6 % en los sedentarios (tabla).

Tabla. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud (CVRS) y otras variables en la población. Cuba, 2001.

Calidad de vida relativa a salud						
No sedentarios			Sedentarios			
No.	% (*)	IC al 95 %	No.	% (*)	IC al 95 %	
Óptima	2 659 816	65,7	64,5-66,9	1 432 322	59,2	57,8-60,6

No óptima	1 386 002	34,2	33,0- 35,4	983 875	40,7	39,3- 42,1
Sexo y CVRS óptima						
Masculino	1 655 129	62,2	61,1- 63,3	601 701	42,0	40,4- 43,5
Femenino	1 004 687	37,7	36,6- 38,8	830 621	57,9	56,4- 59,5
Grupos de edades (años) y CVRS óptima						
15-29	901 107	33,8	32,6- 35,1	479 589	33,4	31,9- 35,0
30-44	969 180	36,4	35,1- 37,6	476 044	33,2	31,5- 34,9
45-59	516 146	19,4	18,5- 20,3	281 831	19,6	18,3- 21,0
60 años y más	273 383	10,2	09,5- 11,0	194 858	13,6	12,2- 14,9

(*) Los por cientos se calcularon con el total de individuos en la categoría de no sedentarios.

Las personas que clasificaron ser no sedentarios por su actividad adicional presentaron mayor porcentaje de CVRS óptima (74,4 %) que los que clasificaron ser no sedentarios por su actividad principal (64,3 %) siendo significativamente diferentes (figura 2).

Fig. 2. Comportamiento según la actividad física en la población no sedentaria y la calidad de vida relativa a salud (CVRS). Cuba, 2001.

El uso de bicicleta fue la actividad física adicional útil que prevaleció en las personas encuestadas (35,3 %), seguida de otras actividades (17,9 %) y caminata útil (15,2 %). Los hombres usaron la bicicleta y realizaron otras actividades físicas; mientras que las mujeres usaron la bicicleta y la caminata (figura 3).

Fig. 3. Comportamiento de los tipos de actividad física adicional útil según el sexo en la población general. Cuba, 2001. *Actividad física adicional útil: frecuencia semanal de 4 días o más y duración de 30 minutos o más cada vez.
**Otras: ejercicios aeróbicos, práctica del deporte, etc.

Las provincias que más reportaron el uso de la bicicleta como actividad física adicional útil fueron: Guantánamo, Ciego de Ávila, Matanzas, Villa Clara y La Habana. Reportaron la caminata útil con mayores prevalencias: Las Tunas, Villa Clara, Isla de la Juventud y Ciudad de La Habana, y reportaron otras actividades útiles más frecuentes: Isla de la Juventud, Ciudad de La Habana, Santiago de Cuba y La Habana (figura 4).

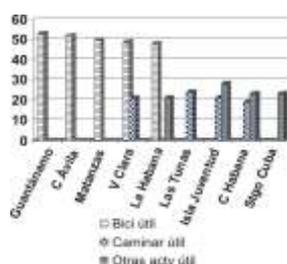


Fig. 4. Comportamiento de los tipos de actividad física adicional útil por provincias. Cuba, 2001.

Discusión

No se han encontrado estudios en el país sobre mediciones de CVRS con el EuroQol-5D en personas sedentarias y no sedentarias, no obstante, los resultados obtenidos coinciden con lo reportado en investigaciones internacionales en cuanto a que la condición de no sedentario mejora la salud física, mental, la calidad de vida y el bienestar.⁸

Al relacionar el sexo con la CVRS óptima, se obtuvo que para el sexo femenino el comportamiento fue diferente, lo que puede deberse a otros factores que no se controlaron en este estudio (trabajos más rudos, carga social, hijos, cuidado de la familia, etc.). Según la literatura consultada, se conoce que la proporción de mujeres sedentarias es mayor que en hombres.

En cuanto a la edad, el sedentarismo y la CVRS óptima, los resultados podrían deberse a que la edad influye significativamente sobre la intensidad de la actividad principal y a una menor realización de actividades físicas adicionales, lo que pudiera estar justificado por la declinación fisiológica de la mayoría de las funciones que tienen lugar con la edad, lo que influiría en la optimización de la CVRS. Por eso, en la medida que avanza la edad, la práctica de ejercicios tiene realmente una gran importancia ya que reporta

varios beneficios para los adultos mayores como el propio hecho de sentirse bien, el abandono o disminución del consumo de medicamentos, el mejoramiento de los síntomas, mejor conciliación del sueño, aumento de seguridad ante caídas, una mayor distracción y la ampliación de relaciones interpersonales, lo que da lugar al bienestar emocional y social del practicante.^{1,6}

Al analizar el comportamiento de la optimización de la CVRS y la realización de actividad física adicional como montar bicicleta, caminar, trabajos físicos fuera de la jornada laboral, realización de ejercicios aeróbicos o deportes o la simple actividad física de subir escaleras, caminar rápidamente y montar en bicicleta como parte de la rutina diaria de intensidad moderada, pero regular y frecuente, o sea, 30 minutos diarios cada día o durante casi todos los días de la semana, proporcionan beneficios de salud importantes: reduce el estrés, alivia la depresión y la ansiedad, estimula la autoestima y mejora la claridad mental, puede reducir o eliminar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama, proporcionando una mayor CVRS óptima.⁷

Consideraciones finales

- La condición de sedentario en las personas (según el tipo, frecuencia semanal y duración) empeora la CVRS de las personas.
- Variables como el sexo y la edad influyen de forma importante en la CVRS.
- El EuroQol-5D es útil para hacer mediciones de la CVRS en los que realizan o no actividad física.

Summary

Sedentary lifestyle and its association with health-related quality of life. Cuba, 2001

Physically active lifestyle improves the feelings of general welfare and health, being sedentary lifestyle one of the modifiable risk factors of highest prevalence in general population. The health-relative quality of life explores perception of the individual about his health and the impact of health interventions; this prompted the description of the health-relative quality of life in sedentary and non-sedentary people in Cuba . Absolute numbers, percentages and confidence intervals were estimated. Being a sedentary person leads to a significant reduction of the optimal health-relative quality of life. Among men with optimal health-relative quality of life, the ratio of non sedentary to sedentary men was higher, but this ratio was different in women due to other factors that were not controlled. As age increases, the number of persons with optimal health-relative quality of life for non-sedentary and sedentary lifestyles lowers significantly. Because of their additional activity, the non-sedentary people exhibited higher percentage of optimal health-relative quality of life than sedentary persons on account of their main activity.

Key words: Quality of life, health, physical activity, sedentary lifestyle, health surveys.

Referencias bibliográficas

1. Enrique J, Fiona B, Andrea N. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. Rev Panam Salud Públ. 2003;14(4).

2. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States . JAMA. 1993;270:2 207-2 212.
3. Sallis J, Calfas K, Nichols J, Sarkin J, Johnson M, Caparosa S, et al. Evaluation of a university course to promote physical activity: Project GRAD. 1999;70(1):1-10.
4. Partt M. Benefits of lifestyle activity vs structured exercise. JAMA. 1999;281(4).
5. Guzmán L, Cúneo C. Fundamentos de las recomendaciones FAC '99 en prevención cardiovascular. En: I Congreso Virtual de Cardiología, Argentina. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=author:%22Guzm%C3%A1n%22+intitle:%22Fundamentos+de+las+Recomendaciones+FAC%E2%80%99999+en+...%22+&hl=es&um=1&oi=scholar>
6. Saavedra SS. Obesidad. Fundamentos de las recomendaciones FAC '99 en prevención cardiovascular. En: I Congreso Virtual de Cardiología, Argentina. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/epesp/epc0015c/cguzman/cguzman.htm>
7. Powell KE, Caspersen CJ, Koplan JP. Physical activity and chronic diseases. Am J of Clin Nut. 1989;49:999-1006.
8. Gómez-Vela M, Abeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Gac. Sanit. 2001;15(Supl 4):24-43.
9. Herdman H, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en la atención primaria. Aten Primaria. 2001;28(6):425-429.
10. Badia X, Baró E. Cuestionarios de salud en España y su uso en la atención primaria. Aten Primaria. 2001;28(5):349-356.

Recibido: 10 de enero de 2006. Aprobado: 11 de octubre de 2006.

Dra. Rosa M. García Pérez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158. Centro Habana. Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: rosamarina@inhem.sld.cu

1Especialista en Medicina General e Integral. Máster en Salud Ambiental.

2Especialista en Bioestadística. Máster en Informática en Salud. Investigador Agregado. Profesor Instructor.

3Licenciada. Especialista.

4Especialista en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar.